

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N° 220

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel, Jean TARDIEU

né le 8 Décembre 1934 à PARIS XII^e

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS
DE LIPOME DU RECTUM

Président : Mr. L. de GENNES, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1961

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel, Jean TARDIEU

né le 8 Décembre 1934 à PARIS XII°

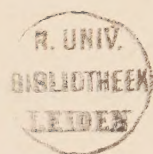
Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS
DE LIPOME DU RECTUM

Président : Mr. L. de GENNES, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V°

16



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS



18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broussais)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Boucicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	ÂÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
	DEPARIS (M.)
	DESOILLE (H.)
	PIÉDELIEVRE (R.)
	GALLIARD (H.)
	COUVELAIRE (R.)
	LAVIER (G.)
	MERKLEN (F.-P.)
	MILLIEZ (P.)
	GARCIN (R.)
	CHEYMOL (J.)
	LÉVY (Mlle J.)
	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
	DESGREZ (H.)
	LÉGER (L.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÖPER (J.) MAURICE (J.) RICHTER (G.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) GOURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) POLLIGNON (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mlle L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.) DEGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (X ^{mo} A.), m. c. agr
Physiologie	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)
	pr. s. ch.		
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
	OLIVIER (C.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	
	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.),
M^{lles} LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550206_0017

A mon Président de Thèse

M. le Professeur L. de GENNES

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence
de ma thèse, qu'il reçoive ici le témoignage
de ma reconnaissance.

A mon Président de Thèse

M. le Professeur L. de GENNES

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence
de ma thèse, qu'il reçoive ici le témoignage
de ma reconnaissance.

A mon Maître

M. le Docteur A. BENSAUDE

Pour l'aide qu'il m'a apporté dans ce travail,
en témoignage de gratitude et de reconnaissance.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris et de la Faculté.

En témoignage de reconnaissance pour leur enseignement.

A mes Maîtres de l'Hôpital V. LEFEBVRE - LE RAINCY

Messieurs les Docteurs

R. BENAND

A. BENSAUDE

P. DUPOUX

B. LASCAUX

I N T R O D U C T I O N

Les LIPOMES du RECTUM n'ont qu'une place restreinte, sinon inexistante dans les traités classiques ; ainsi l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale ne consacre que 18 lignes à ce type de tumeur bénigne.

Il s'agit en effet d'une tumeur bénigne rare, à symptomatologie fruste, imprécise que l'on a considéré jusqu'ici comme une curiosité scientifique, en outre son étude a été confondue, comme nous le verrons, avec celle de la lipomatose colique.

La propagande du dépistage précoce du cancer, l'éducation des malades, ceux-ci n'hésitant plus à consulter au moindre trouble, expose à rencontrer plus souvent cette affection à laquelle on ne pense pas.

A propos de deux observations, nous avons cru qu'il était intéressant de reprendre l'étude de cette tumeur, et de faire le point sur ce sujet.

H I S T O R I Q U E

Le premier cas de lipome du tube digestif semble bien avoir été signalé par BAUER à LAUSANNE en 1757 dans EPISTOLA DE MOLIS INTESTINORUM.

En FRANCE nous devons à CRUVEILHIER en 1835 la première description de lipome digestif. Il faut attendre 1870 pour trouver dans la littérature le premier cas de lipome du rectum (CASTELAIN).

Par la suite l'étude de cette tumeur a été confondue avec celle de la lipomatose du gros intestin, et l'on doit consulter les travaux consacrés à la lipomatose de l'appareil digestif pour retrouver quelques cas de lipomes du rectum :

HILLER en 1899 réunit 23 cas de lipomes digestifs et STETTEN en 1909 publie une étude très complète de la littérature et réunit 77 cas (9 pour le rectum).

En 1924 DEROCQUE à propos d'une observation reprend cette étude et complète la liste des lipomes digestifs avec 52 cas pour le gros intestin dont 9 pour le rectum.

COMFORT en 1931 réunit dans une nouvelle revue générale 181 cas de lipomes digestifs sous muqueux, en outre il est l'un des premiers à pratiquer au cours d'autopsies des recherches systématiques de lipomes. 3924 autopsies lui ont permis de découvrir 24 lipomes dont 11 pour le colon et 1 pour le rectum.

En 1934 POSTON réunit un total de 242 cas dont 121 pour le gros intestin (rectum 11 cas).

CANAVAUGH en 1950 découvre dans la littérature pour le colon et le rectum un total de 151 cas (14 pour le rectum).

Voici par ordre chronologique les différents auteurs qui ont publié des observations de lipome du rectum :

1870	CASTELAIN
1875	AFEZOU
1885	TEDENAT
1886	LAGARDE
1898	BODENHAMER
1899	BRUNNER
1902	GANT
1902	TUTTLE (2 cas)
1912	PETIT
1924	VOGELER
1924	PARTSCH
1931	COMFORT
1935	WEINSTEIN et LIEBERMAN
1939	ANDERSON et FANSLER
1955	CAMEY
1956	PROTIC SLAPNICAR et DUMITROVIC

Dans cette étude nous nous sommes limités à la localisation rectale en soulignant toutefois les similitudes qui pouvaient exister entre cette tumeur et le lipome du colon.

Nous avons repris chaque fois que cela était possible l'histoire des observations antérieures, mais les difficultés bibliographiques et l'impossibilité de consulter quelques revues nous ont empêché de préciser certains faits ce dont nous nous excusons.

Ainsi en dehors de nos propres observations nous avons pu réunir 16 cas de lipomes du rectum sur un total de 178 lipomes du gros intestin.

E T I O L O G I E

I - FREQUENCE

=====

Pour apprécier la fréquence des lipomes du rectum, nous disposons de deux catégories de travaux :

- d'une part le nombre de cas cliniques décrits dans la littérature. Nos recherches nous ont permis de rassembler 16 cas, auxquels nous ajouterons 2 nouveaux cas.
- D'autre part les recherches systématiques faites par certains auteurs Anglo-Saxons (COMFORT, SMITH et MAYO).

D'emblée nous pouvons remarquer la rareté de ce type de tumeur. Les 16 cas rapportés le sont isolément, c'est-à-dire que le fait de rencontrer cette tumeur représente toujours une curiosité. La fréquence doit s'envisager de 3 façons différentes :

- par rapport aux tumeurs malignes du rectum
- par rapport aux autres tumeurs bénignes
- par rapport enfin aux lipomes du reste du tube digestif.

a - Comparés à la fréquence des tumeurs malignes, les lipomes du rectum s'avèrent rarissimes. Il suffit en effet de citer les chiffres suivants :

Décès provoqués par le cancer du rectum en 1959

<u>Homme</u>	<u>%</u>	<u>Femme</u>	<u>%</u>	<u>Total</u>
1973	4,2	1582	3,6	3555

(d'après L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE SECTION DU CANCER
Dr LEGUERINAIIS).

En outre les recherches systématiques de lipomes digestifs au cours d'autopsies ont donné des précisions intéressantes.

Voici pour quelques auteurs les fréquences de ces lipomes :

<u>AUTEURS</u>	<u>AUTOPSIES</u>	<u>LIPOMES</u>	<u>%</u>
COMFORT	3924	24 (1)	0,6
KIRSHBAUM	5754	9 (1)	0,17
RAIFORD	11500	6	0,05
STAEMMLER	17000	9 (1)	0,05
SCHOTTENFELD	4063	3	0,07
SOUZA CAMPOS FILHO	7000	7	0,1
LONG DOCKERTY et WAUGH	13000	69 (5)	0,5

N.B. - Les chiffres entre parenthèses correspondent aux lipomes du rectum.

b - Sur 1144 tumeurs du rectum traitées de 1946 à 1951 BACON LOWELL et TRIMPI ont relevé :

69 % d'adénocarcinomes
 23,7 % de tumeurs bénignes épithéliales
 7,3 % de tumeurs bénignes non épithéliales.

Si l'on veut comparer maintenant la fréquence des lipomes du rectum et celle des autres tumeurs bénignes, il faut citer par ordre de fréquence :

Adénome (3,5 %)
 Tumeur Villeuse (2,7 %)
 Endométriose
 Fibrome-Fibromyome-Myome
 Lipome
 Lymphome et Lymphadénome
 Angiome

(d'après ARNOUS et PARNAUD).

Cependant DEWIS et DEROCQUE estiment que le lipome du rectum est plus fréquent qu'on ne le dit. Pour ces auteurs il occuperait la troisième place après l'adénome et la tumeur villeuse.

c - Quant à la fréquence relative du lipome rectal par rapport aux autres lipomes digestifs, elle est indiscutée.

Le rectum est la localisation la plus rare de la lipomatose de l'appareil digestif. Pour s'en convaincre, il suffit de citer les travaux suivants :

<u>DEROCQUE</u>	<u>Nombre de cas</u>
Duodénum	8
Grêle	40
Coecum	9
Colon droit	2
Colon tr.	5
Colon gauche	10
Rectum	10
Indéterminé	11

Fréquence : 11,4 %

KIRSHBAUM

Estomac	9
Grêle	6
Colon	1
Rectum	2

Fréquence : 11,1 %.

MORELLE et SONDERVOTS

Oesophage	1
Estomac	15
Duodénum	3
Grêle	14
Coecum	7
Colon et Rectum	2

Fréquence : 4,7 %

PEMBERTON et MAC CORMACK

Coecum	29
Colon droit	21
Colon tr.	15
Colon gch.	24
Rectum	12

Fréquence : 11,1 %

GAULT et KAPLAN

Coecum	4
Colon droit	3
Colon tr.	2
Colon gch.	2
Rectum	2

Fréquence : 15,3 %

.../...

POSTON réunit tous les cas de lipomes digestifs publiés et trouve la répartition suivante :

Estomac	27
Duodénum	18
Grêle	64
Valvule il. Coe.	10
Coecum	20
Colon	80
Rectum	11
Div. de Meckel	1
Indéterminé	11

Fréquence : 4,5 % des lipomes du tractus digestif
9 % des lipomes du gros intestin

MICHAUX en 1951 a repris tous les travaux antérieurs

Coecum	45
Colon droit	26
Colon tr.	33
Colon gch.	49
Rectum	13
Indéterminé	15

Fréquence : 7 % des lipomes du gros intestin.

Le lipome du rectum est donc bien le plus rare de tous les lipomes digestifs. La localisation par ordre de fréquence nous semble être :

Grêle
Colon
Coecum
Estomac
Rectum

II - SEXE et AGE des MALADES

=====

La lipomatose digestive est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Si l'on consulte les travaux de DEROCQUE, FORMI, PEMBERTON et MICHAUX on trouve la répartition suivante :

	Femmes	Hommes
DEROCQUE	56	38
FORMI	75	46
PEMBERTON	51	35
MICHAUX	99	62

Dans le cas du lipome rectal il est plus malaisé de conclure, ceci est dû :

- d'une part au petit nombre de cas retrouvés et
- d'autre part, le sexe du patient n'est pas précisé dans 5 observations.

Cette affection nous semble aussi fréquente chez l'homme et la femme. Nous l'avons retrouvée 5 fois chez la femme et 6 fois chez l'homme.

Le lipome de l'appareil digestif se rencontre surtout à l'âge moyen de la vie entre 40 et 60 ans.

Pour s'en convaincre il suffit de consulter le tableau suivant :

.../...

<u>Age</u>	<u>Nombre de cas</u> (lipomes du colon et du rectum)
< 20 ans	1
20-30	7
30-40	23
40-50	47
50-60	55
60-70	20
> 70	6
Indéterminé	22

Ainsi 102 lipomes sur 181 s'observent chez des malades âgés de 40 à 60 ans. D'après CANAUAUGH l'âge moyen serait de 52 ans.

Notre statistique donne les chiffres suivants :

<u>Age</u>	<u>Nombre de cas</u> (lipomes du rectum)
< 40 ans	2
40-50	1
50-60	4
60-70	4
> 70	1
Indéterminé	6

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lipomes sont des tumeurs bénignes bien différenciées composées de cellules graisseuses. Elles se développent dans le tissu conjonctif compris entre la muqueuse et la musculuse, elles évoluent vers la lumière du rectum et entraînent rapidement des troubles.

I - ASPECT MACROSCOPIQUE

a - Le Nombre

Il s'agit d'une tumeur isolée du rectum.

L'association à cette tumeur d'un autre lipome de l'appareil digestif n'a jamais été décrite. Ce fait mérite d'être souligné car DEROCQUE estime que 10 % des lipomes digestifs sont multiples.

En outre hormis le malade de notre observation n° 2 l'association d'une lipomatose sous-cutanée et d'un lipome du rectum n'a jamais été publiée. Même dans le cadre plus vaste de la lipomatose digestive une telle association est rarissime ; nous ne l'avons retrouvé qu'une fois. Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans qui présentait 6 lipomes sous muqueux du grêle et du colon et de nombreuses formations lipomateuses au niveau du thorax et de l'abdomen.

(cité par COMFORT).

b - Le Volume

Généralement il s'agit d'une tumeur de 5 à 8 cm. de diamètre.

La plus volumineuse que nous avons retrouvée (observation

de TEDENAT) mesurait 13 x 6 cm. La plus petite était de la taille d'une cerise.

c - La Forme

Le lipome du rectum est une tumeur ronde ou ovoïde :

- Sessile à base large ou étroite ou
- Pédiculée avec un pédicule variable court et épais, ou bien long et fin.

Ce pédicule peut dans certains cas se rompre par torsion et nécrose expliquant ainsi les expulsions spontanées, dont nous avons relevé 3 cas.

Le lipome du rectum est presque toujours pédiculé, nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'un seul cas de lipome sessile (observation de CAMEY) ; donc en dehors de nos propres observations nous avons :

15 lipomes pédiculés pour 1 lipome sessile.

A ce sujet il faut remarquer que ces résultats sont comparables à ceux obtenus par LONG DOCKERTY et WAUGH dans le cadre de la lipomatose colique.

Le pourcentage des lipomes pédiculés est donc de 94 %.

d - Aspect

Les lipomes du rectum sont de consistance variable : ferme, molle ou élastique.

Leur couleur est généralement celle du tissu graisseux, jaunâtre, parfois orangée.

Leur surface externe formée d'une capsule fibreuse ; qui permet l'énucléation faite sous la muqueuse ; peut être modifiée par des processus secondaires :

- Soit troubles de la vascularisation
- Soit infiltrations inflammatoires qui entraînent l'ulcération ou la nécrose, et donnent un aspect rougeâtre, tumifié, hémorragique comme infarci.

Tous ces processus changent l'aspect de la tumeur et lui donneraient celui saignant, friable, irrégulier d'un cancer si ce n'était la consistance molle et le caractère bien circonscrit qui persistent.

Ces mêmes processus peuvent aussi altérer la muqueuse.

La section de la tumeur montre généralement bien la capsule de tissu fibreux qui envoie des septa en profondeur séparant ainsi des lobules de taille différente ; si ce tissu devient prédominant il s'agit d'un FIBROLIPOME dont nous avons relevé un cas dans la littérature (observation de VOGELER).

La consistance et la couleur de la surface de section sont généralement celle d'un lipome normal, mais la fibrose et l'infection peuvent la modifier.

II - ASPECT MICROSCOPIQUE

=====

Nous ferons tout d'abord un bref rappel de l'histologie du rectum.

a - La tunique péritonéale est absente sur une partie du rectum.

b - La couche musculaire se divise en 2 plans :

- un plan externe épais, continu parfois renforcé en avant par un cordon et en arrière par un ruban contractile.

- Un plan interne circulaire qui s'épaissit à la partie inférieure pour former un sphincter lisse (sphincter interne) qui déborde en haut le sphincter strié (sphincter externe) et qui en bas est débordé par lui.

c - La couche sous-muqueuse sépare la musculieuse de la muqueuse.

d - La muqueuse est de couleur gris rouge, de consistance molle. Sa surface est criblée d'orifices glandulaires, elle est limitée profondément par une muscularis très épaisse (200 mu) dont les fibres sont orientées longitudinalement.

Le chorion est infiltré de globules rouges, et semé parfois de follicules. Il est revêtu par un épithélium de cellules caliciformes et accessoirement de cellules à plateau strié, dans la partie sus-nucléaire de ces cellules on observe souvent une gouttelette de mucigène.

Les glandes rectales sont les plus longues des glandes de LIEBERKUHN (700 à 800 mu). Ce sont des tubes simples perpendiculaires à la surface de la muqueuse, qui sont pressés paroi contre paroi et sont revêtus de cellules caliciformes.

Au voisinage du canal anal, ces glandes s'écartent les unes des autres et tendent à s'ouvrir obliquement à la surface de la muqueuse.

ASPECT MICROSCOPIQUE DE LA TUMEUR

Le lipome se développe dans le tissu conjonctif lâche de la sous-muqueuse. Ce tissu adipeux est entouré d'une capsule envoyant en profondeur des trabécules s'insinuant entre les pelotons de graisse et lobulant la tumeur.

Le tissu conjonctif peut être très développé donnant à la tumeur les caractères d'un FIBROLIPOME.

Dans les travées cheminent les vaisseaux nourriciers. Ceux-ci sont nombreux et dilatés dans la forme ANGIOLIPOMATEUSE. Les lobules sont de taille variable car les axes conjonctivo-vasculaires sont irréguliers dans leur distribution.

A de forts grossissements on retrouve les volumineuses cellules adipeuses à noyaux refoulés à la périphérie. Parfois dans le cas d'un fibrolipome le noyau central de la cellule est entouré de fines gouttelettes.

La MUQUEUSE est d'aspect très variable, elle peut être :

- intacte
- amincie
- ulcérée.

La MUSCULAIRE MUQUEUSE

Elle est normale dans le cas d'une petite tumeur, amincie au contraire dans les volumineux lipomes.

La MUSCULEUSE

Elle est intacte lorsqu'il s'agit d'un petit lipome, elle est amincie dans les gros lipomes.

Enfin la tumeur peut être le siège d'infiltration inflammatoire avec de nombreux polynucléaires, de nécrose, de thrombose avec infarctissement.

III - HISTOPATHOGENIE

=====

Aucune notion précise sur l'histopathogénie des lipomes du rectum ne peut être retenue avec certitude. Seules des hypothèses peuvent être formulées.

- pour les uns il s'agirait d'une métaplasie du tissu conjonctif
- pour les autres d'une inclusion congénitale de cellules adipeuses dans la sous-muqueuse.

D'après EWING, une prédisposition congénitale du tissu en rapport avec une anomalie vasculaire serait l'une des causes intervenant dans la formation d'un lipome.

Pour RAIFORD l'irritation mécanique au niveau du rectum expliquerait le développement d'une telle tumeur.

MOORE n'a retrouvé aucune notion traumatique, infectieuse, tuberculeuse, alcoolique, ou athéromateuse dans les antécédents de ces malades.

Un seul fait est indiscutable dans l'histopathologie de cette affection. ALBRECHT, TANASECU, BARBILIAN ont constaté que les patients atteints de lipomatose digestive étaient ou avaient été obèses ; cependant il n'y a aucune particularité dans la composition chimique de ces graisses.

S'il n'y a aucune raison de soustraire la graisse de ces tumeurs du métabolisme normal des lipides, comment pouvons-nous expliquer le développement constant des lipomes malgré une perte de poids ? Seules des conditions locales, peut être d'origine circulatoire pourraient intervenir (d'après EWING).

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1

Mr. B... Francis (Malade du Dr. A. PENSAUDE)

Il s'agit d'un homme de 50 ans venant consulter pour de petites hémorragies rectales.

Ces rectorragies sont apparues pour la première fois quelques jours auparavant. Il s'agit d'hémorragies :

- très intermittentes
- de faible abondance
- indolores
- survenant au moment des selles.

L'état général est satisfaisant, et à l'exception des rectorragies on ne retrouve aucun autre signe fonctionnel.

La rectoscopie montre à 10 cm. l'existence d'une tumeur pédiculée insérée sur la paroi postérieure du rectum.

Cette tumeur de la taille d'une grosse cerise présente une translucidité très particulière, sa surface est sillonnée de 2 vaisseaux qui apparaissent avec une netteté remarquable.

Cet aspect particulier évoque d'emblée le diagnostic de lipome du rectum.

L'ablation du lipome à l'anse diathermique entraîne la disparition des troubles et la guérison définitive du malade.

L'examen de la pièce opératoire confirme le diagnostic.

Dans ce cas nous voyons qu'il s'agit d'un lipome isolé révélé par des rectorragies, mais le tableau clinique peut être différent, comme nous allons le voir dans l'observation suivante.

OBSERVATION N° II

Mr. P... MARIUS (consultation de proctologie-Dr. A. BENSAUDE Hôpital SAINT-ANTOINE Service de M. le Dr. CATTAN).

Le malade est adressé au service pour formation polypoïde sur la paroi du canal anal à 7 heures.

A l'interrogatoire, on retrouve l'existence de douleurs plus ou moins vives selon les jours, tantôt il s'agit de crampes au moment de la selle, tantôt d'une sensation de pesanteur, de corps étranger en dehors de celle-ci. En outre le malade est constipé depuis plusieurs mois.

Mr. P... n'a jamais présenté de rectorragies, son état général est bon et l'appétit est conservé.

Le toucher rectal nous permet de sentir une masse arrondie, mobile, indolore, de consistance pâteuse implantée sur la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum. Cette tumeur est bien limitée et la muqueuse avoisinante est souple.

L'examen endoscopique alors pratiqué révèle l'existence d'un "polype" rosé implanté par un pédicule court et large sur la face antérieure gauche du rectum, immédiatement au-dessus du canal anal et qui se prolabe à l'effort de défécation.

Cette tumeur de la taille d'une mirabelle est tapissée d'une muqueuse d'aspect normal.

Enfin il faut mentionner que ce malade présente de nombreuses formations sous-cutanée lipomateuses. Deux de ces lipomes ont été enlevés au niveau de la cuisse, et il en existe encore 4 aux membres supérieurs et au niveau de l'abdomen.

Ablation à l'anse diathermique.

L'examen histologique nous révèle qu'il s'agit d'un lipome.

Avant d'envisager la symptomatologie de cette affection il nous paraît intéressant de reprendre brièvement les principales caractéristiques des 16 lipomes du rectum que nous avons pu retrouver dans la littérature mondiale.

Chaque fois que cela nous sera possible nous citerons :
le sexe, l'âge des malades, la durée de l'évolution, les principaux signes cliniques, et l'aspect de la tumeur.

Par ordre chronologique nous trouvons :

n° I CASTELAIN 1870

homme de 43 ans

évolution : 4 semaines

clinique : constipation et douleurs

tumeur ovoïde de 12x6 cm. pédicule de 3 cm.

expulsion spontanée.

n° II AFEZOU 1875

femme de 83 ans

évolution : 2 ans

clinique : constipation, diarrhée et douleurs

tumeur arrondie et pédiculée

expulsion spontanée

n° III TEDENAT 1885

femme de 64 ans

évolution : 6 ans

clinique : constipation, diarrhée, douleurs, hémorragies

tumeur ovoïde de 13x6 cm. pédicule de 3 cm.

ablation par voie basse.

n° IV LAGARDE 1886

Homme de 65 ans

Evolution : 3 ans

Clinique : constipation, douleurs, hémorragies

Tumeur pédiculée de 6x3 cm.

Ablation par voie basse

n° V BODENHAMER 1898

Homme de 37 ans

Evolution : 16 ans ??

Tumeur pédiculée de la taille d'un oeuf

Ablation par voie basse

n° VI BRUNNER 1899

Homme de 51 ans

Evolution : 5 jours

Clinique : constipation, douleurs, hémorragies

Tumeur pédiculée de la taille d'une noix

Ablation par voie basse.

n° VII GANT 1902

Tumeur pédiculée de la taille d'une noix et
enlevée chirurgicalement

n° VIII et IX TUTTLE 1902

Deux lipomes pédiculés du rectum

Ablation chirurgicale.

n° X PETIT 1912

Femme de 32 ans

Clinique : constipation et hémorragies

Tumeur pédiculée

Ablation

n° XI VOGELER 1924

Femme de 67 ans

Evolution : 10 ans

Clinique : constipation, douleurs, rectorragies
et quelques vomissements

Tumeur pédiculée de la taille d'une grosse noix

Expulsion spontanée très douloureuse.

Histologie : FIBROLIPOME

n° XII PARTSCH 1924

Homme de 59 ans

Evolution : 3 mois

Clinique : quelques douleurs

Tumeur pédiculée

Ablation

n° XII bis COMFORT 1931

Lipome de 1 cm. de diamètre découvert à l'au-
topsie d'un homme de 81 ans

n° XIII WEINSTEIN et LIEBERMAN 1935

Homme de 61 ans

Evolution : 6 mois

Clinique : constipation, douleurs, hémorragies

Tumeur pédiculée de 7x4 cm.

Ablation

n° XIV ANDERSON et FANSLER 1939

Depuis 10 à 20 ans : constipation et hémorragies

Ablation

n° XV CAMEY 1955

Cette observation récente publiée par un auteur Français mérite d'être rapportée plus en détail, car elle a nécessité une intervention inemployée jusqu'ici dans le traitement de ces tumeurs.

Ténesme, épreintes et rectorragies peuvent résumer la symptomatologie.

Le toucher rectal révèle une masse ronde, de consistance souple, descendant quand la malade pousse.

CAMEY au cours d'une tentative d'exérèse par voie basse découvre au-dessus d'un prolapsus muqueux réalisant une sorte d'invagination recto rectale, à 7 cm de la marge anale une masse arrondie, sessile de la taille d'une noix

et recouverte d'une muqueuse saine. Lorsque le prolapsus est réduit, on s'aperçoit que cette tumeur siège en réalité à 12 cm. de la marge anale sur la face postérieure du rectum.

L'exérèse par voie basse est abandonnée, et CAMEY réalise une énucléation sous muqueuse après rectotomie antérieure verticale.

L'examen histologique précise le diagnostic : lipome sous-muqueux du rectum.

n° XVI PROTIC, SLAPNICAR et DUMITROVIC complètent la liste des lipomes du rectum en publiant un nouveau cas en 1956.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous envisagerons tout d'abord les différents symptômes isolément, en essayant de préciser leurs caractères et leur fréquence d'après les observations publiées.

La symptomatologie est fruste, imprécise, aucun signe n'est pathognomonique du lipome du rectum.

Les différents signes cliniques peuvent être isolés ou au contraire associés donnant un tableau plus ou moins riche.

I - SIGNES GENERAUX

=====

a - Anémie

Les hémorragies récidivantes peuvent expliquer l'existence d'une anémie. En fait cette anémie est très rare, car de tous les signes cliniques, la rectorragie est celui qui inquiète le plus le malade, qui consulte rapidement son médecin. Ainsi l'anémie n'a guère le temps d'apparaître. Enfin, si l'anémie a été parfois recherchée et retrouvée dans le cas de la lipomatose colique, aucun auteur ne signale ce symptôme au cours de l'évolution d'un lipome du rectum.

b - Perte de poids

L'amaigrissement est lié à une restriction alimentaire par crainte des douleurs, ou devant une constipation opiniâtre. De toute façon elle est peu importante et transitoire.

Il faut remarquer que la fonte graisseuse n'entraîne pas la disparition du lipome, celui-ci continue à se développer.

Cet argument a été repris par les auteurs dans l'étude de la pathogénie pour affirmer l'indépendance de ces 2 modes de métabolisme des graisses.

II - SIGNES FONCTIONNELS

=====

Ce sont les signes fonctionnels qui attirent l'attention, qui inquiètent le malade et l'amènent à consulter.

D'autre part ils ont l'avantage de faire songer à une affection du rectum.

a - La Constipation

C'est un symptôme très fréquent, le plus fréquent de tous peut être.

Généralement il s'agit d'une constipation sévère et ancienne.

Reprenons les 2 termes de cette phrase :

- Constipation sévère : Dans l'observation n° 2 rapportée par AFEZOU, il s'agissait d'une femme allant à la selle une fois par semaine, et le traitement médical institué par VELPEAU avait été inefficace.
- Constipation ancienne : Cet état peut être connu depuis de nombreuses années, et difficile à différencier d'une constipation banale, en particulier chez la femme. Elle est parfois plus récente et plus évocatrice lorsqu'elle va en s'accroissant et lorsqu'elle s'accompagne depuis peu de douleurs.

Pour combattre leur constipation les malades abusent de laxatifs ce qui finit par entraîner :

b - Une diarrhée

Cette diarrhée est transitoire, fréquemment elle alterne avec des périodes de constipation.

c - Rectorragies

Il s'agit là d'un symptôme plus grave qui alarme rapidement le malade et son médecin.

Cette hémorragie s'explique aisément si l'on considère la fréquence avec laquelle les lipomes se compliquent d'ulcération ou de nécrose. Ce symptôme loin de représenter un élément de diagnostic oriente plutôt vers le cancer.

Cliniquement, il s'agit d'hémorragies de sang rouge, de faible abondance, intermittentes, et indolores.

Ces rectorragies peuvent survenir à la fin de la selle, arrosant celle-ci, ou bien ce symptôme se réduit à un simple suintement sanglant au cours de la journée.

Parfois un examen chimique des selles (Réaction de MEYER) est nécessaire pour mettre en évidence des hémorragies microscopiques.

d - Les Douleurs

Le syndrome douloureux est variable dans son aspect, et dans son évolution.

Il peut s'agir :

- d'épreintes, de ténesme
- d'une sensation de plénitude, de corps étranger, ou
- d'une crampe douloureuse très vive.

Ce syndrome peut n'apparaître qu'au moment de la selle ou bien exister en permanence en dehors de celle-ci.

Très fréquemment les douleurs ont une évolution périodique.

Tel malade va souffrir tous les jours, en permanence ou au moment de la selle uniquement, pendant des périodes de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, et dans l'intervalle de celles-ci le patient ne souffre plus.

Chez tel autre, au contraire, l'affection évolue rapidement en quelques jours ou en quelques semaines, sans rémission ; l'intensité des douleurs va amener le malade à consulter et le proctologiste à intervenir chirurgicalement.

Toutefois il faut signaler que ces violentes crises douloureuses peuvent se terminer par l'expulsion spontanée du lipome. (Observation n° 11). La torsion du pédicule et sa nécrose permettent d'expliquer ce fait.

Enfin, certains auteurs américains estiment que la douleur peut siéger à distance du lipome ; au niveau de la fosse iliaque gauche ; dans ce cas le toucher rectal permet de faire le diagnostic. L'invagination recto-rectale parfois constatée semble pouvoir expliquer ce phénomène.

Personnellement nous ne l'avons jamais retrouvé dans les 16 observations que nous avons pu réunir.

e - Enfin, il peut s'agir d'un vague Syndrome Digestif :

- Anorexie
- Flatulence
- Nausées
- Vomissements alimentaires

La constipation, les douleurs, et les rectorragies sont les 3 signes fonctionnels le plus fréquemment retrouvés.

Notre statistique englobant les 16 cas publiés, auxquels nous ajoutons deux nouveaux cas, donne les chiffres suivants :

<u>Signes Fonctionnels</u>	<u>Total</u>	<u>Fréquence</u>
constipation	10	55 %
douleurs	10	55 %
rectorragies	9	50 %
diarrhée	2	11 %
vomissements et		
anorexie	1	5,5 %

En considérant les 18 observations de lipomes du rectum que nous avons pu réunir, nous nous apercevons qu'il existe 3 types de tableaux cliniques :

- 1 - Des rectorragies de sang rouge, plus ou moins abondantes, récentes, et récidivantes alarment le malade (observation personnelle n° 1).
- 2 - Depuis de nombreuses années le patient se plaint de constipation, de douleurs survenant par périodes plus ou moins longues (observation personnelle n° 2).

- 3 - L'affection peut se manifester par un syndrome rectal au complet avec : constipation, diarrhée, douleurs, et des rectorragies.

En vérité, dans la plupart des cas ces différents tableaux cliniques sont intriqués.

III - SIGNES PHYSIQUES et EXAMEN CLINIQUE =====

Parfois le malade a constaté lui-même l'existence à l'anus d'une tumeur, en effet on note souvent la chute spontanée du lipome au cours de la selle.

Dans certains cas, il est possible de voir à l'anus un lipome pro-cident en permanence, le diagnostic de tumeur bénigne est alors facilement porté : Il s'agit d'une masse ronde ou ovale, de consistance pâteuse ou élastique, de couleur jaune, indolore à la palpation.

En réalité, le diagnostic se fait essentiellement à l'examen rectal. Les signes fonctionnels qui nous l'avons vu sont ceux d'un syndrome rectal peuvent être rencontrés dans toutes les affections ano-rectales, en particulier dans le cancer du rectum, mais cette tumeur pourra être éliminée par l'examen rectal :

1 - Le toucher rectal

Le doigt devra explorer toute l'étendue du rectum. Au besoin il sera nécessaire de préparer le malade par un lavement de façon à ne pas être gêné par un amas de matières. On cherchera à découvrir la moindre saillie, on étudiera l'implantation de la tumeur, sa consistance, son volume, ses limites et sa mobilité.

- Dans le cas d'un lipome sessile, on découvre sur une des faces du rectum une masse enchassée sous la muqueuse, fixe, indolore, bien limitée. Enfin la muqueuse voisine est souple sans aucun caractère pathologique.
- Dans le cas d'un lipome pédiculé, on palpe au-dessus du sphincter interne une tumeur arrondie ou ovalaire mobile, dont le pédicule est long et fin, ou épais et court.

Très souvent l'intestin s'invagine, et en cherchant le point d'implantation de la tumeur, on la sent supportée par un bourrelet limité circonférentiellement par un sillon assez profond et présentant un orifice en son centre. Le pédicule est ici implanté sur le point culminant de la partie d'intestin invaginé.

Le toucher rectal est un examen imparfait, il peut rester négatif :

- Le lipome peut être trop haut situé pour être senti
- Mobile, le doigt peut le refouler au cours de l'examen
- De consistance molle, il peut être impossible à sentir.

Il s'agit donc d'une méthode qu'il faut compléter par la rectoscopie.

2 - La Rectoscopie

Les signes fonctionnels ne prennent ainsi toute leur valeur que lorsqu'ils sont objectivés par l'examen endoscopique.

Cet examen permet d'éliminer le cancer du rectum. Il faudra apprécier ;

- Le volume
- Le siège
- La forme
- L'aspect de la tumeur.

Le diagnostic de lipome est facile lorsque la tumeur est jaune ou translucide, mais des processus anatomiques secondaires peuvent en modifier l'aspect. Des troubles de la vascularisation, une infiltration inflammatoire lui donneraient celui saignant, friable, hémorragique d'un cancer si ce n'était la consistance molle et le caractère bien limité qui persistent.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

I - La Formule Sanguine

Elle peut théoriquement montrer une anémie, nous avons vu précédemment ce qu'il fallait en penser.

- 2 - Le Lavement Baryté n'est pas pratiqué dans le cas d'un lipome du rectum. Nous n'avons jamais retrouvé cet examen dans les 16 observations que nous avons pu réunir.

Cependant, à notre avis la radiographie présenterait un double avantage :

- d'une part, éliminer un cancer du colon toujours possible à l'âge du malade,
- d'autre part, rechercher une lipomatose digestive multiple.

E V O L U T I O N - C O M P L I C A T I O N S

La durée de l'histoire clinique est très variable. Chez tel malade les signes prennent une allure aiguë et en quelques jours ou en quelques semaines une intervention sera nécessaire, chez tel autre 10 ou 20 ans de troubles digestifs ont précédé la découverte de la tumeur par l'examen rectal.

La durée de l'évolution est donc variable :

- 5 jours dans l'observation n° 6
- 10 à 20 ans dans l'observation n° 14.

Notre statistique donne les chiffres suivants :

<u>Durée de l'évolution</u>	<u>Nombre de cas</u>
quelques jours	2
quelques mois	4
plusieurs années	7
indéterminée	5

On peut se demander si les histoires cliniques anciennes doivent être rapportées aux lipomes. Bien des troubles digestifs vagues sont fréquents sans lésion organique, et dans bien des cas l'ancienneté des signes laisse un doute sur la responsabilité du lipome.

L'expulsion spontanée du lipome est possible, mais elle est rare. Nous avons pu en réunir 3 cas (observations n° 1, 2, 11).

Leur histoire est souvent curieuse ; le malade rejette au cours de vives douleurs et de rectorragies une masse jaunâtre. L'évolution est excellente et l'examen histologique révèle un lipome. Cette éventualité peut être interprétée comme la torsion et la nécrose du pédicule ce qui permet la libération du lipome.

Certains auteurs estiment que la calcification du lipome est possible, en réalité nous n'avons jamais retrouvé ce phénomène au cours de nos recherches dans la littérature.

Les rectorragies, provoquées par l'ulcération de la tumeur, sont très fréquentes, mais elles méritent à peine le nom de complication.

Enfin, un prolapsus muqueux du rectum par traction sur le pédicule est une éventualité possible.

En définitive, le lipome du rectum est une affection qui ne provoque aucune complication sérieuse, en particulier la dégénérescence cancéreuse n'a jamais été décrite.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de lipome du rectum est facile lorsque la tumeur est jaunâtre ou translucide.

Par contre, lorsque des processus secondaires modifient l'aspect de la tumeur, le diagnostic est plus difficile, dans ce cas, les autres tumeurs bénignes du rectum devront être éliminées :

- Les Adénomes
- Les Fibrômes
- Les Fibromyomes
- Les Myomes
- Les Cholestéatomes

L'examen histologique de la pièce opératoire, révèle alors qu'il s'agit d'un lipome.

En fait, ce qui est important ce n'est pas de faire le diagnostic de lipome, mais celui de tumeur bénigne du rectum.

T R A I T E M E N T

Le traitement de cette tumeur est strictement chirurgical.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une petite intervention du domaine du proctologiste, exceptionnellement il faudra pratiquer une véritable opération.

Le choix de l'intervention dépend du siège du lipome.

1 - Intervention par voie basse

- Si le lipome est pédiculé : on réalisera une ablation à l'anse diathermique.
- Si le lipome est sessile : l'énucléation sous muqueuse sera l'intervention choisie.

2 - Intervention par voie haute.

Elle sera utilisée lorsque le lipome est situé à plus de 10 cm. de la marge anale, dans ce cas le chirurgien a le choix entre 2 voies d'abord :

- Voie antérieure : La rectotomie antérieure permet l'ablation de la tumeur. CAMEY en 1955 a utilisé cette technique pour extirper un lipome situé à 12 cm. de la marge.
- Voie postérieure : (technique conseillée par CRAWLY & DAVIS). On réalise une ressection sus-sphinctérienne du coccyx, puis une rectotomie postérieure permettant l'ablation des lipomes haut situés.

C O N C L U S I O N S

- 1 - Les lipomes du rectum sont des tumeurs bénignes rares, à l'occasion de 2 nouvelles observations nous n'avons pu réunir que 16 cas dans la littérature mondiale.
(un lipome sur 5.500 malades examinés à la consultation de proctologie du Dr. A. BENSAUDE Service de M. le Dr. CATTAN Hôpital SAINT-ANTOINE).
 - 2 - Au point de vue anatomique, il s'agit d'un lipome banal qui ne présente aucun caractère particulier, le différenciant des autres lipomes digestifs.
 - 3 - Le lipome du rectum est en général isolé, mais exceptionnellement il peut faire partie d'un tableau de lipomatose diffuse, comme dans notre observation n° 2. (Aucun cas retrouvé dans la littérature).
 - 4 - La constipation, les douleurs et les rectorragies résument la symptomatologie, en fait le lipome est découvert à l'examen rectal.
 - 5 - Le traitement est strictement chirurgical, par voie basse ou par voie haute suivant le siège de la tumeur.
-

Vu, le Président de Thèse :

Professeur M.L. de GENNES

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

O U V R A G E S C O N S U L T E S

- 1 - AFEZOU - Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris 1875
Tome 10 p. 195
- 2 - ARNOUS et PARNAUD - Encyclopédie Médico-Chirurgicale
Tome : intestin p. 9085 AIO
- 3 - ANDERSON & FANSLER -
Submucosa lipoma of the rectum - Journal Lancet 59 Jan. 1939
- 4 - ANDERSON - Glasgow Medical Journal Feb. 1950 n° 2 p. 78
- 5 - BACON & LAURENS - J. Int. College of Surgery 1951 15 p. 136
- 6 - BODENHAMER - New York Medical Journal 68 : 230 & 267 1898
- 7 - CAMEY - Mémoir. de l'Académ. de Chir. 21 Déc. 1955 p. 1032
- 8 - CASTELAIN - Bull. Méd. du Nord de la France Mars 1870 p. 318
- 9 - CANAUAUGH - Submucous lipoma of the large bowel
Amer. Journal of Surgery Déc. 1950 Vol. 80 n° 7 p. 860
- 10 - CAYLOR - Amer. Journ. of Surg. Mars 1945 p. 530
- 11 - COMFORT - Submucous lipoma of the gast. int. tract Surgery Gyn.
and Obst. Jan. 1931 p. 101
- 12 - CHALIER & DUNET - Notes histologiques sur le lipome du gros in-
testin Lyon Médical CXXX-1000 1921
- 13 - P. A. DEROCQUE - Journal de chirurgie 1924 Tome 24 p. 163
- 14 - DOUGLAS - Annals of Surgery Tome 84 JUL. 1926 p. 131
- 15 - DUBOIS & ROCQUEBERT & GORSSE - Semaine des Hôpitaux 22 Déc. 1952

- 16 - GANT - Diseases of Anus and Rectum New York 1902 p. 719
- 17 - GAULT & KAPLAN - Amer. Journ. of Surg. 53/145 1945
- 18 - GLEIZE & RAMBAL & PAGANELLI -
Journal d'Electrologie et de Radiologie -
20 Janvier 1946 Tome 27 n° 5 & 6 p. 254
- 19 - GROSS - Zur Cazuistick Der Darmlipom
Wien klin Wehnschr 13-1069 Nov. 1900
- 20 - KIRSHBAUM - Submucous lipoma of the int. tract
Annals of Surgery Vol. 101 n° 2 Feb. 1935 p. 734
- 21 - LABEY - Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1920 p. 1356
- 22 - LONG DOCKERTY & WAUGH - The Surgery Clinic of North America
Tome 29 p. 1233 1949
- 23 - MANHEIN & PESKIN - Journ. Med. Am. Ass. 188 : 1214 1942
- 24 - MICHAUX - Thèse Paris 2ème Série 1951
Contribution à l'étude des lipomes du gros intestin.
- 25 - MIROLLI - Arch. Ital. di Chir. 24 : 553 1929
- 26 - MOLLIERE - Traité des maladies du rectum et de l'anus 1877
- 27 - MORELLE & SONDERVOTS - Journal Belge de Gastro Entérologie
T4 n° 9 Nov. 1936 p. 674
- 28 - PARTSCH - Zentralbl Chir. 51 : 1186 1924
- 29 - PEMBERTON & MAC CORMACK - Submucous lipoma of colon and rectum
American Journal of Surgery 1937 p. 205
- 30 - PETIT & MALAPERT - Bull. de la soc. Anat. de Paris -
T 14 p. 119 6° S 1912
- 31 - POSTON - British Journal of Surgery 22 : 108 1934
- 32 - PROTIC & SLAPNICAR & DUMITROVIC - Acta chirurg. ligoslavica
1956 p. 158
- 33 - ROSS - British Journal of Surgery 23 : 866 1936

- 34 - ROUSE & MEICKIE - Edimbourg Medical Journal 37 : 50 1930
 - 35 - de Souza Campos Filho - Revista Brasileira de Gastr. Enter. ·
Sept. 1950 Vol 2 n° 5 p. 507
 - 36 - TEDENAT - Montpellier Médical 2° S 4 : 226 1885
 - 37 - TUFFIER - Bull. de la Soc. Anat. de Paris 59 : 134 1884
 - 38 - VERNE - Précis d'Histologie p. 508
 - 39 - WIENSTEIN & LIEBERMAN - Lipoma of the rectum with report case
American Journal of Surgery Vol 29 n° 3 p. 424 1935
-



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS - V •**

Téléphone : ODÉon 58-90